

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-730613

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13330 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUIHRAALI Abdelhakim

Date de naissance : 06/06/1996

Adresse : Ait Alouane Souk Lakhmis Dardes Tinghir

Tél. : 06 51 0714 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/22

Nom et prénom du malade : BENHASSSE NAJAR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : infarctus fumeur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 06/09/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

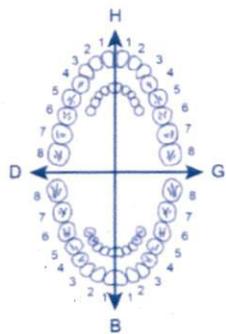
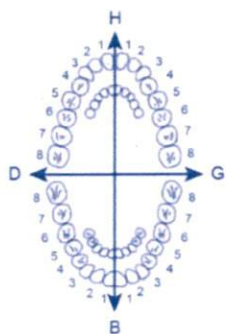
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/20		300		INP : <input type="text"/>
		511		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		226,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée de la faculté de Médecine
de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique



الدكتورة العباسي بركات حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي
بستراسبورغ

- الولادة
- الفحص بالأموح فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض و جراحة الرحم

Casablanca, Le ...06/09/2022.....

Mme BEN TTISSE Hajar

MYCODERME OVULE 150 MG BOITE DE 3

1 OVULE le soir pendant 3 jours

MYCODERME CREME 1,00% TUBE DE 30 G

2 Applications par jour pendant 8 jours

FONGICAN GELULE 150 MG BOITE DE 4

1 Gélule tous les 6 jours

MYCOD

LOT: 08022019
PER: 05/2027
PPU: 36,70 DH

Topique

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات

Démangeaisons? Sensation de brûlures?

L'équilibre de la zone intime peut être altéré par des changements hormonaux, par la prise d'un traitement antibiotique, etc.

Ce déséquilibre de la flore peut se traduire par l'augmentation anormale d'un champignon, naturellement présent dans le vagin, nommé *Candida albicans* et à l'origine d'une mycose vulvo-vaginale.

En accompagnement d'un traitement antimycosique, il est recommandé d'utiliser un soin d'hygiène intime au pH adapté (8,5) pour ne pas favoriser la prolifération de ce champignon.

Hydralin GYN® vous soulage rapidement et durablement des démangeaisons et de l'inconfort intime tout au long de la journée grâce à sa formulation à base de :

- **Glycocolle** : acide aminé reconnu pour ses propriétés calmantes,
- **pH Alcalin (environ 8,5)** : qui préserve l'équilibre de votre flore intime.

Hydralin GYN® est un soin intime doux, à usage ponctuel. à utiliser comme un savon liquide lors de la toilette intime. Rincer soigneusement à l'eau après application

ENGAGEMENTS HYDRALIN GYN®

- **Haute efficacité** : testé cliniquement
- **Haute tolérance** : SANS PARABEN - SANS SAVON
- **Haute spécificité** : formule spécifique et adaptée à la zone intime

USAGE EXTERNE

الحكة ؟ التهيجات ؟

إيدرالان جين مستحضر للعناية بنظافة الأعضاء التناسلية الأنثوية. يهدئ الحكة و التهيجات الناجمة عن الإضطرابات الفطرية.

إيدرالان جين يخفف الحكة و التهيجات بشكل سريع و يحمي طوال اليوم بفضل :

- **الغليسين** : حمض أميني معروف بخصائصه المهدئة
- **pH ألكال (حوالي 8,5)** : الذي يحافظ على التوازن الحمضي.

في حالة التعرض للفطريات بالأعضاء التناسلية الأنثوية. يستعمل إيدرالان جين كمكمل للعلاج الطبي.

يستخدم إيدرالان جين كمحلول لتنظيف الأعضاء التناسلية الأنثوية. و يغسل جيدا بالماء بعد الإستعمال.

إلتزامات إيدرالان جين :

- **مختبر علميا.**
- **بدون بارابين - بدون صابون.**
- **لا يسبب حساسية (تم تركيبه للحد من حالات الحساسية)**

www.hydralin.ma

PPC 88,00 DH

LOT

A UT AV

بويضات

ميكودرم[®] 150 مغ

نيترات الإكونازول

عن طريق المهبل

علبة من 3 بويضات

N° AMM:

243/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME[®] 150 mg

3 ovules

LOT: 08121017
PER: 10/2023
PPV: 38,00 DH



ميكودرم[®] 150 مغ
بويضات
نيترات الإكونازول

فونجيكان

فلوكونازول

150 مغ

LOT : 4122
UT. AV : 10-24
P.P.V : 63 DH 50

Fongican 150mg, Boîte de 4 gélules



مضاد للفطريات

4 كبسولات



عن طريق الفم

150 مغ
4 كبسولات
عن طريق الفم

فونجيكان
فلوكونازول

A15300



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques